

아동 보건 및 장애 예방 (CHDP) 프로그램 등록전 신청서

부모 또는 환자에 대한 지시사항:

- 오늘 무료로 건강 검진을 받으려면 이 양식에서 요구하는 정보를 제공하셔야 합니다. 귀하께서 제공하시는 정보는 비밀로 지켜집니다. 이 무료 검진은 자발적인 프로그램입니다.

환자가 19 세 미만입니까? ☐ 예 ☐ 아니오

귀하의 가족은 식구가 몇 명입니까? _____

귀하 가족의 세금 공제전 소득은 얼마나 됩니까? \$ _____ 또는 \$ _____
월 년

- 귀하 또는 귀하의 자녀는 Medi-Cal이나 Healthy Families를 통한 지속적인 건강 관리 보험보호에 대해 자격이 있을 수 있습니다. 본인은 Medi-Cal 또는 Healthy Families 를 통한 지속적인 보험보호를 신청하기 원합니다. ☐ 예 ☐ 아니오

이 질문에 예라고 답변한 경우, 며칠 안에 귀하에게 신청서가 우송될 것입니다. 그 신청서를 작성하여 신속히 반송해 주십시오. 이 질문에 아니오라고 답변한 경우 (또는 예라고 답변했지만 신청서를 반송하지 않은 경우), 의료, 치과 및 안과 혜택에 대한 환자의 보험보호는 카운티의 Department of Social Services(사회봉사국)에서 귀하에게 달리 통지하지 않는 한, 다음 달 말에 끝납니다.

환자 정보

환자에게 State of California Benefits Identification Card (BIC, 캘리포니아 주 혜택 신분증) 또는 Medi-Cal 카드가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

예라고 답변한 경우, BIC 카드의 신분증 번호는 어떻게 됩니까 (있는 경우)? _____

환자의 성	이름	중간 이름
생년월일 (월 / 일 / 년)	성별 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	환자의 소셜 시큐리티 번호 (SSN) (선택사항)

☐ 귀하께서 무숙자인 경우, 여기에 표시하십시오. “집 주소” 행에 대략적인 위치를 기입하고 “우송 주소” 행은 완전하게 작성하십시오.

집 주소	아파트 번호	시	주	우편번호
거주 카운티				

우송 주소 (집 주소와 다른 경우)	아파트 번호	시	주	우편번호
---------------------	--------	---	---	------

어머니의 이름 — 성	이름	중간 이름
-------------	----	-------

한 살 미만인 환자의 경우, 이 난을 작성하십시오.

한 살 미만인 경우, 해당 유아는 출생한 달에 어머니와 함께 살았습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

어머니의 생년월일 (월 / 일 / 년)	어머니의 BIC 또는 Medi-Cal 카드 번호 또는 소셜 시큐리티 번호
-----------------------	--

부모/법적 보호자 정보

부모 / 법적 보호자 또는 부권에서 해방된 미성년 환자의 이름 — 성	이름	중간 이름
--	----	-------

집 전화번호 ()	직장 전화번호 ()	메시지용 전화번호 ()
---------------	----------------	------------------

귀하는 집에서 어떤 언어를 사용하십니까? _____ 귀하가 읽기에 가장 편한 언어는? _____

증명

본인은 오늘 CHDP 건강 검진을 받을 수 있도록 요청합니다. 본인은 이 양식을 읽고 이해하였음을 증명합니다. 본인은 제가 제공한 정보가 진실되고 정확하며 완전함을 선언합니다.

부모 / 보호자 또는 부권에서 해방된 미성년자의 서명	환자와의 관계	날짜
-------------------------------	---------	----

개인은 자신의 개인 정보가 포함된 기록을 검토할 권리가 있습니다. 이러한 정보를 보관할 책임이 있는 곳은 Department of Health Care Services , MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899–7413 입니다. 이 정보의 사본은 귀하가 거주하는 카운티 Department of Social Services 와 공유될 수 있으며 자녀의 의료 기록과 함께 자녀의 CHDP 제공자에 의해 보관될 것입니다.